

. 个案报告 .

颅颈交界区血管病 2 例

周 龙 陈谦学 王军民 柳再明 叶 晖 李 斐 张 萍

【关键词】脑血管病; 脊髓血管病; 颅颈交界区; 小脑后下动脉动脉瘤; 脊髓血管畸形

【文章编号】1009-153X(2022)05-0422-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 743

颅颈交界区血管病发病率低, 影像学可表现为幕下小脑及延髓池等部位蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH), 临床上往往容易漏诊或误诊, 导致严重的不良后果。本文报道 2 例伴发 SAH 的颅颈交界区血管病, 为临床提供借鉴和参考。

1 病例资料

病例 1: 男性, 因突发头痛后昏迷 7 d 入院。既往无高血压、脑梗塞及脑血管病病史。当地医院头颅 CT 示 SAH, 脑室积血(图 1A); 颅脑 CTA 及 DSA 检查均阴性(图 1B、1D)。遂转诊我院继续治疗。入院后复查头颈 CTA 示右侧小脑后下动脉动脉瘤, 大小约 3.5 mm×5.8 mm(图 1C)。全脑 DSA 证实为右侧小脑后下动脉动脉瘤(图 1E、1F)。行动脉瘤介入栓塞术, 术后造影见动脉瘤消失, 动脉瘤以远小脑后下动脉及右侧椎动脉其他分支显影均良好(图 1G~1I)。随访 3 个月无明显神经功能障碍。术后 1 年, 复查头颈 CTA 示动脉瘤无复发, 载瘤动脉通畅。

病例 2: 男性, 因突发头痛 12 h 入院。既往无高血压、脑梗塞及脑血管病病史。当地医院颅脑 CT 示 SAH(图 2A), 对症处理后转诊我院治疗。入院后颅脑 CT 示 SAH, 未见明显进展。头颈 CTA 示右侧大脑前动脉 A1 段起始部动脉瘤, 长径约 1.9 mm; 颈 2 椎体水平见造影剂异常聚集, 三维重建示异常血管病灶(图 2B、2C)。出血部位与大脑前动脉起始部动脉瘤部位不相符合, 为进一步诊断及治疗, 行全脑 DSA 示右侧大脑前动脉 A1 段起始部动脉瘤; 颈 1~2 水平脊髓动静脉畸形, 由左侧椎动脉发出脊髓前动脉供血, 向上朝颅内引流(图 2F)。考虑存在高位颈髓动静脉畸形情况, 行颈椎 MRI 示颅骨板障静脉曲张, 颈 1~2 水平椎管异常信号, 考虑血凝块(图 2D、2E)。综合病史及检查结果, 考虑高位颈髓动静脉畸形, 建议手术治疗, 但手术风险较大, 向病人家属详细交代病情及手术风险后, 家属要求保守治疗, 症状好转出院, 随访 3 个月无明显神经功能障碍。1 年后电话随访, 因身体原因仍未进行手术治疗。

2 讨论

颅颈交界区的神经血管解剖比单纯的颅内或胸腰段的结构复杂得多, 加之在骨性结构中穿行, 使得此处血管病变的诊断及治疗更加困难。自发性 SAH 常见于幕上, 约 80% 为颅内动脉瘤破裂出血导致, 多数行 CTA 或 DSA 可明确诊断; 但幕下小脑及延髓池等的出血发生率低, 病因的诊断困难, 往往容易被忽视和漏诊。

小脑后下动脉是椎动脉最大和最后的分支, 其行程复杂多变, 变异性大及分支血管较多, 容易形成动脉瘤, 是颅颈交界区血管疾病导致 SAH 的常见原因之一。小脑后下动脉瘤破裂的临床表现大多数仍以 SAH 为首发症状, 出血部位多位

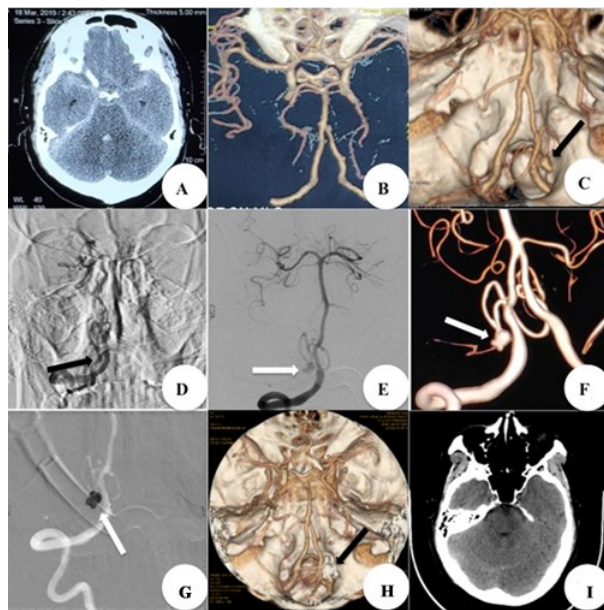


图 1 右侧小脑后下动脉动脉瘤手术前后影像学资料

A. 发病当天外院颅脑 CT 示蛛网膜下腔出血; B. 发病当天外院颅脑 CTA 未见明显动脉瘤; C. 发病 8 d 我院颅脑 CTA 复查示右侧小脑后下动脉动脉瘤; D. 发病 2 d 外院全脑 DSA 见可疑造影剂蓄积; E. 发病 9 d 我院全脑 DSA 见右侧小脑后下动脉造影剂异常蓄积; F. 发病 9 d 我院全脑 DSA 椎动脉造影三维重建证实为动脉瘤; G. 术后即刻 DSA 见右侧小脑后下动脉瘤被致密填塞, 载瘤动脉通畅; H. 术后 3 d 颅脑 CTA 示右侧小脑后下动脉瘤栓塞金属伪影; I. 术后 11 d 颅脑 CT 示蛛网膜下腔出血完全吸收

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.05.031

作者单位: 430060 武汉, 武汉大学人民医院神经外科(周 龙、陈谦学、王军民、柳再明、叶 晖、李 斐、张 萍)

通讯作者: 陈谦学, E-mail: chenqx666@sohu.com